Osteomyelitis des Unterkiefers

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Zahnärztlichen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

Von

Kurt Sielaff

prakt. Zahnarzt aus Schlawe i. Pommern

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Tag der Promotion: 7. Oktober 1921

Emil Ebering, Berlin NW. 7. Mittelstraße 29.

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Dekan: Prof. Dr. **Rubner**
Referenten: **Prof. Dr. Klapp.**
Prof. Dr. Bier.

Zunächst gebe ich das grundlegende Bild einer Osteomyelitis und folge den klassischen Angaben von Lexer. Hiernach handelt es sich um Osteomyelitis, wenn das Knochenmark pathologische Veränderungen aufweist. Nach Lannelongues Schätzung bildet der Unterkiefer überhaupt die häufigste Lokalisation der Knochenmarksvereiterung in den platten Knochen.

Interessant und schwierig für Zahnärzte sind die Fälle von Unterkiefer-Osteomyelitis, wo sich eine Ursache nicht ermitteln läßt. Aeltere Chirurgen behaupten, daß die Erkältung als ein wichtiges kausales Moment anzusehen ist, und gebrauchen hierfür den Ausdruck „rheumatische" Osteomyelitis. Partsch, Williger und Kaliebe sprechen von einer „idiopathischen" Osteomyelitis, wenn die Zähne und das Zahnfleisch absolut intakt sind.

Als begünstigendes Moment für das Auftreten der Erkrankung kommt der Zahnwechsel in Betracht, weil gerade in der Wechselzeit der Zähne der Unterkiefer geneigt ist, Entzündungsprozesse einzuleiten.

Kranke, äußerlich vollkommen intakt erscheinende Zähne, die durch Trauma ihre Pulpa eingebüßt haben, besonders die unteren Schneidezähne sind mit granulierenden Wurzelhautentzündungen behaftet. Akute Nachschübe können die Entzündung auf den Knochen weiterleiten.

Aus entfernten Eiterherden, wie Furunkel, Karbunkel, Abszessen, selbst Aphthen können die Bakterien in den Knochen einwandern. Einen Fall erwähnt Fischer.

Im Anschluß an Zerstörung des Unterkiefers mit Verletzung der Weichteile durch Trauma kann sich eine Osteomyelitis entwickeln. Dazu ist gerade im Munde, wo die Bakterien an Menge vorhanden sind, die Asepsis kaum durchzuführen.

Als ein häufiges Vorkommnis ist es anzusehen, wenn nach ungeschickten und unsauber ausgeführten Zahnextraktionen umfangreiche Nekrosen durch Osteomyelitis verursacht werden.

Einige Autoren bringen die Knochenmarksvereiterung mit akuten Infektionskrankheiten in kausalen Zusammenhang. Man sah die Erkrankung nach Pocken, Scharlach, Masern auftreten.

Im Verlaufe des Typhus hat man die Osteomyelitis als Nachkrankheit beobachtet, bis $1^1/_2$ Jahre nach dem Typhus erkranken immer wieder neue Knochen. Gerade die Influenza gibt Anlaß zur Bildung einer Stomatitis. Tiefgreifende Infektionen des Unterkiefers, Vereiterung des Knochenmarks mit nachfolgender Lockerung der Zähne und Nekrose des Knochens sind keine Seltenheit. Unna veröffentlicht einen Fall. Selbst durch die Einwirkung der Cholerabazillen ist eine Osteomyelitis hervorgerufen worden. Während der Choleraepidemie in Berlin im Jahre 1866 ein Fall. Ein Kind erkrankte an Diphtherie und zeigte eine Osteomyelitis der linken Unterkieferhälfte.

Zuweilen schließt sich eine Vereiterung des Knochenmarks an mangelhaft ausgeführte Zahnfüllungen an, besonders wenn Reste einer gangraenösen Pulpa zurückblieben und darüber der Zahn abgefüllt wurde. Ich beobachtete einen Fall im Frühjahr 1921.

Bei der Osteomyelitis des Unterkiefers unterscheidet man die schwersten, die mittelschweren und die leichten Formen. Bei dem ersteren Prozeß tritt das Lokalleiden gegenüber der schweren septischen Allgemeininfektion zurück.

Die Erkrankung tritt diffus auf. In wenigen Tagen tritt der der Tod ein.

Einen nicht ganz so stürmischen Verlauf nimmt die zweite Form ein. Hier ist die Lokalaffektion deutlich ausgeprägt, das Allgemeinleiden tritt nicht in dem Maße hervor, wie bereits in der allerschwersten Form beschrieben war.

Bei der leichten Form handelt es sich um eine zirkumskripte Osteomyelitis, die weniger virulent, langsam und schleichend verläuft. Allgemeinerscheinungen sind sehr mäßig, das Lokalleiden tritt in den Vordergrund.

Die Prognose ist am Unterkiefer günstig zu stellen, weil hier der Eiter leichter Abfluß findet, z. B. zwischen Alveole und Zahn. Der Eiter könnte vom Kiefer zur Schädelhöhle gelangen. Substanzverluste werden durch Prothesen gedeckt.

Therapeutisch unterscheidet man zwei Gesichtspunkte: Erstens das Verfahren während des osteomyelitischen Prozesses selbst. Begünstigend wirkt die Extraktion der lockeren Zähne. Bei bleibenden Zähnen soll man nicht sofort an die Entfernung schreiten. Allein dieser Eingriff genügt nicht, ausgiebige Inzisionen müssen angelegt werden. Ein Hautschnitt vom unteren Unterkieferrand aus, wo er wenig entstellend wirkt, schafft viel sicherer eine Erleichterung, als ein Schnitt vom Munde aus, der nur den oberen Teil des Kiefers freilegen würde. Eine wichtige Aufgabe ist es, den Mund durch möglichst häufige mechanische Reinigung und durch Ausspülungen mit desinfizierenden Flüssigkeiten sauber zu halten.

Der zweite Gesichtspunkt, der für die Therapie in Betracht kommt, betrifft die Beseitigung der Sequester. Eine genügend

feste Lade muß vorhanden sein, wenn man die Extraktio eines großen Sequestors vornehmen will. Läßt sich der Sequester von der Mundhöhle aus entfernen, genügt die Schleimhautaufklappung nach Partsch. Auf Schwierigkeiten kann man stoßen, wenn am Unterkiefer der Knochen im ganzen Querschnitt abstirbt. In entsprechender Länge wird der Hautschnitt am unteren Unterkieferrand angelegt.

Oft ist man aber gezwungen, die Lade durch Meißelschläge zu zerstören, um zu dem Sequester gelangen zu können, oder es tritt von selbst eine Fraktur der Lade ein. Die Gefahr der Verschiebung ist dann vorhanden. In solchem Falle müssen Stützapparate angebracht werden. Von den Kautschukschienen kommen die von Weber, Haun, Warnekros, Suersen und Mertins in Betracht. Einen Vorzug verdienen die Metallschienen, weil sie sich nicht so schnell zersetzen und nur vom Zahnarzt abgenommen werden können. Die Gebräuchlichsten sind der Notverband von Sauer, die Ringmutterverbände von Angle und Löhers, die schiefe Ebene von Sauer, ferner die Schrödersche Gleitschiene.

Kommt in schweren Fällen eine Kieferresektion in Frage, kann der Defekt durch plastische Operation gedeckt werden. Die gestielte Plastik, die hetero-, homo- und autoplastische Transplantation sind in Anwendung gebracht worden. Man muß bestrebt sein, die Schäden, welche sich nach der Unterkieferresektion einstellen, nach Möglichkeit nicht aufkommen zu lassen und daher den Weg zu den Schienenverbänden und Prothesen aus Kautschuk oder Metall einschlagen. Préterre, Haun, Hauptmeyer fertigten Prothesen an. Claude Martin hat das Ideal der Unterkieferprothese verwirklicht. Stoppany baute eine hülsenartige Prothese aus Aluminium. Schröder schlägt die Hartgummihülse vor.